

Kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin

**Rapport fra arbeidsgruppen
Januar 2011**

Kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin. Beskrivelse, utredning og forslag til utdanning

Innhold

1. Bakgrunn
2. Mandat og oppnevning
3. Arbeidsmåte
4. Beskrivelse av alders- og sykehjemsmedisin
 - a. Definisjon og regelverk
 - b. Behovet og begrunnelsen for kompetanseområdet
 - c. Funksjon og virkeområde
 - d. Kompetanseområdets plass i helsetjenesten
 - e. Behovet for leger med slik kompetanse
 - f. Behovet for forskningsbasert kunnskap
5. Ordninger i andre land
 - a. Danmark
 - b. Sverige
 - c. Nederland
6. Læringsmål for kompetanseområdet
7. Utdannelsen
 - a. Fullført spesialistutdanning
 - b. Klinisk tjeneste
 - c. Praktiske ferdigheter
 - d. Kursutdanning
 - e. Smågruppevirksomhet
 - f. Praksisbesøk

g. Litteratur

8. Litteratur og aktuelle nettsteder

9. Vedlegg

- a. Undersøkelser og prosedyrer
- b. Tema for smågruppevirksomhet
- c. Kursoppsett

1. Bakgrunn

På bakgrunn av befolkningsframskrivninger har det vært et økende fokus, både faglig og politisk, på det medisinske tilbudet til de aller eldste og sykeste. Det har gjennom undersøkelser og tilsyn vist seg at kvalitet og omfang på legetjenester i sykehjem har vært utilfredsstillende. Også hjemmeboende syke og skrøpelige eldre med kommunale tjenester får et for dårlig legetilbud. Det har vært pekt på at legetilsynet til denne gruppen i for stor grad har vært avhengig av pasientens boform, og det har vært spurt etter løsninger på problemet uten at noe så langt er kommet opp. Samhandlingsreformen synes å forutsette at det medisinske arbeidet mot denne gruppen skal bli både mer omfattende og av høyere kvalitet. Denne situasjonen presenterer store utfordringer med hensyn til kompetanse og organisering. Et av Legeforeningens svar på disse utfordringene er å bidra til kompetanseheving hos de leger som skal levere tjenester til denne gruppen. Av forskjellige årsaker ønskes det ikke å etablere en egen spesialitet på dette feltet nå. Blant annet er mange sykehjemsleger i deltidsstillinger, og vil fortsette å være det, det er få læresteder som tilfredsstillende spesialistutdanningskrav og sannsynligvis er det ikke tilstrekkelig antall spesialistkandidater. Videre har allmenntilleggsmedisin en sterk plass innen fagfeltet, og det synes lite aktuelt med en konkurrerende spesialitet. Etablering av en grensespesialitet forutsetter at denne bygger på en eneste spesialitet, og dette er heller ingen gangbar vei. I denne situasjonen har Legeforeningen ønsket å utvikle et eget kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin. Kompetanseområdet hever kompetansen innen et fagfelt, men kan rekruttere fra flere forskjellige spesialiteter. Selve spesialistutdanningen får foregå på de andre arenaer, og kompetanseutviklingen som her spesifikt er ønsket, legges på i tillegg.

2. Mandat og oppnevning

Sentralstyret vedtok 21.10.09 å nedsette en arbeidsgruppe med mandat å utrede forslag om etablering av et kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin, og ba 6 spesialforeninger om å fremme forslag til representanter. I møte 15.2.10 ble arbeidsgruppen oppnevnt med følgende sammensetning:

Morten Laudal, leder, fastlege, Vestby

Sabine Ruths, dr.med., spesialist i allmenntilleggsmedisin, Bergen

Geir Rørbakken, spesialist indremedisin og geriatri, Arendal

Nina Ommundsen, konstituert overlege i geriatri, Oslo

Corinna Vossius, spesialist i nevrologi, Stavanger

Astrid Liv Mina Bergem, dr.med., spesialist i psykiatri, fordypning i alderspsykiatri, Oslo

Pernille Bruusgaard, sykehjemsoverlege, Oslo

Mandatet er å utrede forslag om etablering av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin, herunder funksjon og virkeområde, kompetanseområdets plass i helsetjenesten og behov for leger med kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin.

3. Arbeidsmåte

Utvalget har hatt 4 møter. Utvalget har i møter og på annet vis innhentet synspunkter og innspill fra kursarrangører, spesialitetskomiteen i allmenntilleggsmedisin, NFAs referansegruppe i sykehjemsmedisin,

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og NOKLUS. Gruppen har ellers samarbeidet fortløpende via mail.

4. Beskrivelse av alders- og sykehjemsmedisin

Det er økende fokus på at helsetjenesten til de eldste i befolkningen bør bedres. Dette kommer til uttrykk i Sosial- og helsedirektoratets Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre (2007) og St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, men problemet har lenge vært erkjent. Det består av både overbehandling (for eksempel innleggelse i sykehus uten medisinsk nytteeffekt), og av underbehandling (typisk av både depresjon og smerter, men også andre tilstander). Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2007 ut Demensplan 2015, delplan til omsorgsplan 2015, hvor det påpekes behov for en styrket legetjeneste i sykehjem og en bedret medisinsk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Dokumentet viser videre til behov for økt kvalitet i førstelinjetjenesten og utvikling av gode samhandlingstiltak mellom sykehusene og kommunene.

Sykehjemskapasiteten i Norge er på ca 41000 plasser og tilsvarer 15 % av befolkningen fra 80 år og eldre. Pasientene er de eldste (gjennomsnittlig alder 85 år) og skrøpeligste personer i samfunnet, med behov for døgnkontinuerlige pleie- og omsorgstjenester. Tre av fire pasienter er kvinner. Pasientene er kjennetegnet ved komplekse helseproblemer og alvorlig funksjonshemming. Pasientene bruker gjennomsnittlig 6-7 faste legemidler. Nær 80 % av sykehjemspasienter har en demenstilstand, og de fleste av disse har også atferdsmessige- og psykiatriske symptomer (APSD). Likevel er demens generelt underdiagnostisert, og de fysiske forholdene ved sykehjemmene ligger dårlig til rette for denne pasientgruppen. Mental svikt vanskeliggjør diagnostikk og oppfølging av behandling og skaper store etiske utfordringer. Rundt 40 % av befolkningen dør i sykehjem, hvilket innebærer et stort behov for lindrende behandling og pårørendesamarbeid ved livets slutt. Samlet sett representerer dette store utfordringer som krever gode legetjenester. Samtidig er legetjenesten ved sykehjem ansett for å være utilstrekkelig både i omfang og kompetanse.

Det er vist at gamle pasienter med mange sykdommer får best resultat på økonomisk mest gunstige måte, dersom pasientens fastlege er sterkt involvert i styring av behandlingen. Dette i motsetning til situasjoner hvor pasienten blir henvist fram og tilbake mellom ulike spesialister uten at noen har et overordnet ansvar. Pasientenes tallrike kroniske sykdommer og tilstander må håndteres i tråd med god medisinsk praksis. Der retningslinjer og anbefalinger for medikamentell behandling foreligger, må disse om nødvendig modifiseres for å unngå uhensiktsmessig polyfarmasi. Sykehjemslegen utreder og behandler selv pasientene så langt det er forsvarlig, gitt kompetanse, utstyr og vurdering av konkret situasjon, og henviser til rette instans dersom dette anses hensiktsmessig. Deretter følger sykehjemslegen opp og koordinerer spesialistenes tiltak og anbefalinger. Men legen må også ivareta sykehjemsbeboernes rett til å slippe belastende utredning og behandling der forventet gevinst er liten. Avveiningene rundt valg av rett behandlingsnivå kan være vanskelige, fordi sykehjemspasienter ofte ikke er samtykkekompetente. Etisk refleksjon og rådslag med pårørende er nødvendig og nedfelt i Pasientrettighetsloven.

Denne tenkningen bør også gjøre seg gjeldende for andre enn sykehjemspasienter, der helsemessige forhold er tilsvarende. Dette gjelder eksempelvis eldre personer i omsorgsboliger, eller yngre mennesker

med meget omfattende fysisk og/eller mental funksjonshemning, både medfødt og ervervet. Kommunene vil organisere boliger og omsorgstjenester til sine pleietrengende innbyggere på forskjellig vis, og med forskjellige lovhjemler; men samtidig må kommunene sørge for at omfang og kvalitet på legetjenester for disse sårbare pasientene er tilpasset deres reelle behov. Vi mener at det planlagte kompetanseområdet vil kunne være riktig svar på disse utfordringene.

a. Definisjon og regelverk

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie fra 1988 (oppdatert 2003), med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven, pålegger institusjonene å ha organisert legetjeneste, i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste. Forskriften inneholder hverken norm for dimensjonering eller faglige retningslinjer for legetjenesten. Sykehjemmenes organisering og oppgaver har vært tema for mange utredninger, analyser og stortingsmeldinger. Ambisjonene for sykehjemmene har vekslet mellom hovedvekt på oppgaven som helseinstitusjon, og på sykehjemmet som et hjem for de som er blitt for pleietrengende til å klare seg hjemme, frem til dagens satsing på begge deler (Rapport "Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester", Sosial- og helsedepartementet, 1999). Sosial- og helsedirektoratet utga i 2007 Veileder om legetjenester i sykehjem. Denne er ment som et verktøy for kommunens arbeid med kvalitetsforbedring av legetjenesten i sykehjem, men gir ingen nærmere definisjon. Vi vil påpeke at definisjonen av alders- og sykehjemsmedisin må forholde seg til pasientenes generelt skrøpelige tilstand, svekkede kognitive funksjoner, manglende evner til å ivareta seg selv og deres helsemessige behov for legetjenester, uavhengig av hvordan boforholdene er ordnet. Noen videre forsøk på å formulere en definisjon finner vi ikke grunn til.

b. Behovet og begrunnelsen for kompetanseområdet

Det er et stort behov for å utvikle fagfeltet alders- og sykehjemsmedisin for å kunne møte stadig flere gamle menneskers behov for adekvate helsetjenester når demografien endrer seg slik som forventet. Omsorgsplan 2015 (St.meld. nr. 25 (2005-2006)) beskriver fremtidige utfordringer, strategier og tiltak for en vellykket kommunal omsorgstjeneste. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) uttrykker behov for økt kommunal innsats for pasienter som tidligere var sykehusbehandlet. Skal Samhandlingsreformens intensjon om mer og bedre behandling i kommunene være mulig å gjennomføre, må det både strukturelle endringer, kvalitetsheving og volumøkning til på fagfeltet, i tillegg til relevant forskningsbasert kunnskap. Mange har tatt til orde for at det bør utvikles en egen spesialitet i sykehjemsmedisin. Signaler fra både fagmiljøer og myndigheter, samt erfaringer fra andre land, tyder imidlertid på at dette ikke er en realistisk utvikling i Norge nå. I stedet har Legeforeningen fattet vedtak om å utrede forslag om etablering av et særskilt kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin, dvs en etterutdanning som bygger på en etablert spesialitet. Helsemyndighetene har i diverse rapporter og veiledere anbefalt en styrking av de allmenntilleggslegetjenester for pasienter i sykehjem. Arbeidsgruppen anbefaler imidlertid å ikke begrense tilgangen til utdanningen til enkelte spesialiteter. Dette fordi en lege som velger utdanningen forutsettes å ha spesiell interesse i denne pasientgruppen, og motivasjon for å tilegne seg relevant kunnskap. Samtidig sikrer kravet om spesialistutdanning nyttig klinisk erfaring.

c. Funksjon og virkeområde

Kompetanseområdet er først og fremst rettet inn mot legetjenesten i sykehjem og de spesifikke utfordringer som denne pasientgruppen presenterer. Oppgavene skiller seg klart fra vanlig allmennpraksis, og fra geriatrisk sykehuspraksis. Kompetanseområdet forutsettes å bidra til en spisset, styrket og litt utvidet allmennlegetjeneste for skrøpelige gamle og pasienter med tilsvarende problemstillinger. I kontrast til dette står sykehusgeriatrien, som representerer den spesialiserte annenlinjetjeneste til samme populasjon.

I Sosial- og helsedirektoratets veileder "Legetjeneste i sykehjem" fra 2007 deles legens oppgaver i tre områder: individrettede oppgaver, institusjonsrettede oppgaver, og samhandling med eksterne aktører.

Individrettede funksjoner

Individrettede oppgaver knytter seg til undersøkelse, diagnostikk og behandling av den enkelte pasient ved innkomst i sykehjem, som ledd i oppfølging av pasienten under oppholdet, ved akutt sykdom, ved livets slutt eller ved utskrivning. Som nevnt vil det her forekomme mange og komplekse sykdomstilstander. Sykehjemslegen bør derfor beherske håndteringen av en del alminnelige sykdomstilstander hos gamle, som ellers ofte henvises til spesialist, for eksempel demens, hjertesvikt, KOLS, kreft, hjerneslag, infeksjoner, urinlekkasje og lindrende behandling. Legens arbeid skal dokumenteres i form av journal, ordinerer av legemidler, epikriser til fastlegen, henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og erklæringer bl.a. i forbindelse med oppnevning av hjelpeverge. I det individrettede arbeidet inngår også samtaler med pasient og pårørende, tverrfaglig samarbeid og etiske beslutninger. Sykehjemsoppholdet legger til rette for observasjon over tid, og dette bør personell i sykehjem være godt trent i. Slik observasjon bedrer diagnostikken, særlig hos pasienter uten samtykkekompetanse. Pasientene vil ofte oppleve transport frem og tilbake til spesialist eller sykehus som belastende, og sykehjemslegen må derfor nøye avveie behovet for andrelinjetjeneste.

Sykehjemslegen bør i stor grad kunne håndtere akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom hos sykehjemspasienter, forutsatt forsvarlige fysiske forhold, godt nok tilgjengelig utstyr, og kompetanse hos annet personell. For pasientene er det et gode at en kjent lege vurderer akutte situasjoner, og derfor er det gunstig at en viss del (f. eks 20 %) av legens arbeidstid er ubunden. I velfungerende sykehjem er det i slike situasjoner erfaringsmessig vel så bra med en telefonkonsultasjon med den legen som kjenner pasientene som med konsultasjon hos ukjent legevakslege. Ved behov for helsehjelp utenom legens avtalte arbeidstid kan det likevel være behov for å tilkalle legevakt, avhengig av hvordan legetjenesten ved sykehjemmet er dimensjonert og organisert. Sykehjemslegen bør medvirke til at det utarbeides gode rutiner for håndtering av akutte situasjoner og retningslinjer for når legevakt skal kontaktes. Sykehjemslegen må også legge til rette for at eventuell legevakslege får best mulige forutsetninger for å gjøre en god vurdering, bl.a. ved tilrettelegging av pasientdokumentasjon.

Mottak av pasienter med akutt alvorlig sykdom i sykehjem er ikke faglig forsvarlig og bør fortsatt være en oppgave for sykehusene. Dette er derfor ikke tema for kompetanseområdet. Mottak av kronisk syke med økt pleiebehov grunnet sykdom som kan håndteres på lavere nivå, kan imidlertid tenkes å bli en oppgave for sykehjemmene, og denne delen av medisinen må innlemmes i kompetanseområdet.

Alders- og sykehjemsmedisin er kjennetegnet ved tverrfaglighet. Legen må samarbeide med mange ulike faggrupper rundt observasjon, behandling og formidling, slik som hjelpepleier, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. I Legemiddelmeldingen (St.meld. nr. 18 (2004-2005)) og i Nasjonal helse- og omsorgsplan påpekes det også behov for tverrfaglig samarbeid med farmasøyt for å sikre best mulig legemiddelbehandling. Samarbeid mellom leger og annet (helse)personell i sykehjem er preget av gjensidig avhengighet, og bør bygges på respekt og profesjonalitet. Å beherske den rollen er sentralt for å kunne utøve faget. Legen vil ofte være deltaker i et tverrfaglig team, og bare noen ganger ha en klar lederrolle i teamet. Å beherske begge disse rollene er viktig. I forhold til de mange pasienter med manglende samtykkekompetanse, er godt samarbeid med pårørende sentralt, og vil være en kritisk faktor for vellykket fagutøvelse. Sykehjemslegen er allikevel medisinsk ansvarlig for å velge riktig utrednings- og behandlingsnivå og eventuelt avslutte helbredende behandling.

Institusjonsrettede funksjoner

Sykehjemslegens engasjement i institusjonsrettede oppgaver er nødvendig på flere områder, bl.a. systemkompetanse og/eller systemansvar. Sykehjemslegen har et overordnet medisinskfaglig ansvar, og bør delta i utvikling og gjennomføring av internkontroll- og kvalitetssystemer og i internundervisningen i sykehjemmet. God kvalitet i den medisinske behandlingen er avhengig av at observasjon og oppfølging skjer på en god måte også når sykehjemslegen ikke er til stede. Dette kan skje gjennom skriftlige prosedyrer for behandling og oppfølging av pasienter med ulike medisinske tilstander. Aktuelle oppgaver for sykehjemslegen er å ta (med)ansvar for utarbeidelse av retningslinjer og prosedyrer mht utredning og behandling, etiske og juridiske problemstillinger, legemiddelhåndtering, prøvetaking, journalføring, infeksjonskontroll, internundervisning, fagutvikling og forskning. Sykehjemslegen vil være den med høyest medisinskfaglig kompetanse i sykehjemmet, mens mange av medarbeiderne har liten eller ingen formalkompetanse. Legen må derfor ha kunnskap om, og støtte opp under alle kvalitetssystemene for å sikre at sykehjemmet holder et høyt faglig nivå som helseinstitusjon. Et eksempel er samarbeid med NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) om prosedyrer for forsvarlig laboratorievirksomhet i sykehjem.

En annen viktig institusjonsrettet oppgave er medansvar for kulturbyggingen i sykehjemmet. Institusjonskulturen preger både pasienter og ansatte, og den påvirker holdninger og rutiner ved institusjonen. Legen bør velge å ha en nøkkelrolle i kulturbyggingen, og det krever engasjement utover rent medisinsk tilsyn med pasientene. Sykehjemskulturen er avgjørende på områder slik som demensomsorg og dødspleie og kan være av betydning for hvor ofte pasienter blir lagt inn i sykehus. De færreste sykehjemsleger har en formell lederposisjon i sykehjemmet, og det kan være vanskelig å få sine verdier og holdninger formidlet og implementert. Det er derfor en fordel om sykehjemsleger også har kunnskap om organisasjonskultur og ledelse.

Samhandling med eksterne aktører

Ansvars- og oppgavefordeling innen helse- og omsorgstjenesten påvirker sykehjemslegens virksomhet. Samhandling med sykehus, spesialister, fastlegen, hjemmetjenesten og andre aktører i kommunen er viktig for å ivareta kontinuiteten i pasientforløp. For sykehjemslegens institusjonsrettede oppgaver bør ansvars- og oppgavefordeling klarlegges i forhold til kommunelegens funksjon eksempelvis mht

smittevern. God samhandling innebærer gode rutiner, dokumentasjon og informasjonsflyt når pasienter flyttes fra et behandlingsnivå til et annet.

d. Kompetanseområdets plass i helsetjenesten

Kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin vil kunne brukes i kommunehelsetjenesten, både innenfor og utenfor sykehjemmets vegger, avhengig av hvordan kommunen organiserer boforholdene for sine omsorgstrengende innbyggere. Det er i en rekke sammenhenger pekt på problemer knyttet til legetjenesten spesielt overfor personer uten evne til å administrere seg selv og sitt tjenestebehov. I boformer annet enn sykehjem vil det være lignende kliniske utfordringer, systemutfordringer og pedagogiske utfordringer som i sykehjem. Pasientene vil imidlertid ha sin tilknytning til fastlegen som har det medisinske ansvaret. Utviklingen av dette kompetanseområdet er ikke tenkt å skulle rokke ved denne delen av fastlegeordningen, men som rådgiver og eventuelt systemansvarlig for kommunen vil slik kompetanse kunne være nyttig for å bedre samhandlingen mellom fastlege, pasient og pleie- og omsorgspersonellet. Kommunale legestillinger som eldreoverlege, rådgiver for hjemmetjenesten og lignende vil være passende oppgaver for leger med kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin. Noen steder har man god erfaring med at leger med spesiell kompetanse innen aldersmedisin samarbeider med hjemmetjenesten og fastlegene om utredning og behandling av demens hos eldre som bor i kommunale boformer annet enn sykehjem. Der dette finnes ønskelig, kan kompetansen være til nytte.

Sykehusene ønsker i økende grad å ansette praksiskonsulenter. Mye av samhandlingen mellom sykehus og kommuner dreier seg om eldre med flere ulike sykdommer og omfattende pleiebehov. Utfordringene og løsningene knyttet til denne delen av samhandling vil egne seg for personer med denne kompetansen. Utover praksiskonsulenter ser vi ikke leger med denne aktuelle kompetansen som umiddelbart egnet for sykehusstillinger.

Vi erfarer at det i for liten grad legges vekt på medisinske forhold både vedrørende pasientstrømmer inn og ut av sykehjem og i de enkelte pasientforløp. Beslutninger både på individnivå og systemnivå tas i dag ofte på et lavere faglig nivå enn man ville ha akseptert i fastlegetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Etablering av kompetanseområdet, vil kunne bidra til å fylle fraværet av medisinsk kompetanse på dette feltet. En annen viktig faktor er omfanget av legetjenesten. Det er påpekt at lite omfang fører til liten tid til annet enn rent kliniske funksjoner. Økt faglig selvbevissthet hos sykehjemslegene kan bidra til at stillingenes omfang økes.

e. Behovet for leger med slik kompetanse

Statens helsetilsyn gjennomførte i 1999 en kartlegging av legetjenester i sykehjem. Rapporten avdekket betydelig underdimensjonering av legeressurser (1 fulltids legestilling per 167 pasienter), og anbefalte en økning med 25 % (IK-2698). I tillegg til kapasitetsproblemet påpekte rapporten behov for vesentlig faglig styrking av denne tjenesten. Legeforeningen utga i 2001 rapporten "Når du blir gammel – og ingen vil ha deg", og foreslo en dobling av totale legeressurser, tilsvarende 1 lege per 80 pasienter. Samtidig ble det anbefalt å gradere legebemanning etter type avdeling og behandlingstygde. Men forslag om normering av legetjenester i sykehjem falt i 2004 i Stortinget. I 2005 gjennomførte Helsedirektoratet en landsomfattende kartlegging av legetjenester i sykehjem, som viste gjennomsnittlig bemanning på 1 lege

per 139 pasienter (IS-1293). I Omsorgsplan 2015 (St.meld. nr. 25 (2005-2006)) ble det vurdert et behov for å øke legedekning i sykehjem med 50 % i perioden 2005-2010. Helsedirektoratet utarbeidet i 2007 en veileder "Legetjenester i sykehjem" (IS-1436), med oppdrag til alle landets kommuner om å gjennomføre lokal normering av legetjenesten i sykehjem. Gjennomsnittlig vedtatt lokal norm var 1 lege per 91 pasienter (IS-1606), som tilsvarer rundt 450 legeårsverk, hvorav ca 130 nye stillinger.

Sykehjemslegers kvalifikasjoner ble kartlagt av SHdir i 2005 (sykehjemmene svarte). Av i alt 803 leger var 751 spesialist i allmenntilleggsmedisin, 15 i geriatri og 37 i indremedisin. Imidlertid var "ingen spesialitet" ikke et svaralternativ, og svarene gjenspeiler trolig legenes hovedarbeidsområde bedre enn oppnådd spesialitet. Det er et realistisk mål at halvparten av sykehjemslegene (600) skal ha den nye kompetansen innen 2020. Dette krever at kurs og etterutdanningsgrupper dimensjoneres for gjennomsnittlig 60 leger per år.

f. Behovet for forskningsbasert kunnskap

Forskningsbasert praksis er en forutsetning for trygge medisinske tjenester i alders- og sykehjemsmedisin. Tradisjonelt har eldre pasienter blitt ekskludert fra praksisnær forskning, og det er fortsatt vesentlige mangler i kunnskapsgrunnlaget i forhold til de spesifikke faglige utfordringene som fastlegen og sykehjemslegen møter. Forskningsresultat fra spesialisthelsetjenesten utgjør en viktig andel av kunnskapsgrunnlaget i alders- og sykehjemsmedisinen, men mange funn fra spesialisthelsetjenesten lar seg ikke overføre til sykehjemslegens uselekterte pasientpopulasjon med sammensatte helseproblemer, polyfarmasi og begrenset levetid. I tillegg møter sykehjemslegen et bredt spekter av helseproblemer hvor det er begrenset forskningsmessig dokumentasjon. Det er derfor et stort behov for mer forskning innen sentrale områder i sykehjemsmedisinen, slik som behandling av APSD ved demens, palliativ omsorg, smerte, legemiddelterapi og miljøterapi. Vi trenger også forskning om sykehjemslegens praksis, samt konsekvenser av hans/hennes beslutninger og tiltak. I tillegg er det behov for implementering av ny kunnskap i klinisk praksis, samt effektevaluering av ulike tiltak på pasienters helse, kostnader og lignende. Forskningsbasert kunnskap er også en viktig forutsetning for utvikling av nasjonale standarder og retningslinjer for faget alders- og sykehjemsmedisin.

Det foregår mange gode forskningsprosjekter på alders- og sykehjemsmedisin i regi av de allmenntilleggsmedisinske, alderspsykiatriske og geriatriske forskningsmiljøene. Men forskningen er fragmentert, og det er et stort behov for utvikling av en nasjonal infrastruktur for alders- og sykehjemsforskning, inklusive finansieringsordninger. Dette må i langt større grad defineres som et myndighetsansvar hvis vi skal få utvikling av forskning og innovasjon på dette feltet. Forskningsentrene kan med fordel tilknyttes ett eller flere akademiske institutt med bred tverrfaglig kompetanse på forskning, metodeutvikling og undervisning med relevans for sykehjemsmedisin. Det er viktig at ansvaret for sykehjemsforskning ikke overlates til FOU-sentrene/høgskolene alene. Disse driver god omsorgsforskning, men har ikke forutsetning for å gjøre nødvendig medisinsk forskning.

5. Ordninger i andre land.

a. Danmark

Ca. 45 000 plasser i *plejehjem og plejeboliger* (i prinsippet samme tilbud), ca. 2 600 er midlertidige. Dekningsgraden for befolkningen over 80 år er 13 %. De fleste *plejehjem* er enten kommunale, eller private med kommunal driftsavtale. Legetjenesten blir ivaretatt av allmennleger. I prinsippet beholder pasienten sin tidligere faste allmennlege, men ved innflytting i pleiehjem i annen kommune bytter man allmennlege. Det kan bli mange leger på ett pleiehjem. Vanlig kollegial fraværsordning for allmennleger og kommunal legevaktordning gjelder også for pleiehjem. Det fins intet definert kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin.

b. Sverige

Ca 95 000 langtidsplasser for eldre i sykehjem, dekningsgraden for befolkningen over 80 år er 16 % og dalende. Kommunene har ansvar for drift av helsestell for eldre (*hälso- och sjukvård*) opp til og med sykepleiernivå. Legetjenesten i sykehjem er organisert og finansiert gjennom Fylket (Länet), legene ansettes ikke av kommunen. Det enkelte sykehjem inngår avtale om legetjeneste med allmennleger som er ansatt ved et helsesenter i Fylket. Normtall: 1 legetime/10 pasienter. Vanlig kommunal legevaktordning gjelder også for sykehjem. Intet særskilt kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin.

c. Nederland

Ca 60 000 senger; somatiske avdelinger 28 000 senger (langtid 35%, rehabilitering 55%, palliativ 6%), alderspsykiatriske avdelinger 32 000 senger (langtid 90%, rehabilitering 5%, palliativ 5%). Dekningsgraden for befolkningen over 80 år er 9 %. Rundt 20 % av befolkningen dør i sykehjem. Bemanningsnorm leger 1:100; fysioterapeuter, ergoterapeuter og logopeder 1:35; psykologer: 1:150. Nederland er det eneste land i verden som har egen spesialitet i sykehjems- og eldremedisin; 3-årig utdanning (4 dager pr uke på sykehjem, 1 dag på universitet), kapasitet for 100 nye spesialister årlig. Spesialiteten gjaldt i utgangspunktet kun sykehjemsmedisin men har nylig blitt utvidet til å omfatte også eldre utenfor sykehjem med sammenlignbare behov (Ouderengeneeskunde). Endringen følger nasjonal samhandlingsstrategi for sømløse pasientforløp. Alle sykehjemsleger er spesialist eller under utdanning. Vrije Universitetet i Amsterdam tilbyr i tillegg et kaderprogram som påbygning til spesialitet i eldremedisin, allmennmedisin og andre: 1,5 års program med 10 x 2 dagers utdanning/kurs innen 3 forskjellige retninger: Rehabilitering, palliativ behandling og alderspsykiatri. Denne kompetansen gir ingen endring av tittel eller lønn.

6. Læringsmål for kompetanseområdet

a. Overordnede mål

Legen skal, etter gjennomført utdanningsprogram, ha kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør han/henne i stand til å fylle rollen som medisinsk ansvarlig i sykehjem og lignende boenheter for eldre og funksjonssvekkede, samt å kunne yte faglig støtte og råd til andre leger, helsepersonell og kommunale beslutningstakere i spørsmål som har med Eldres helse å gjøre.

b. Generell kunnskap om:

1. Epidemiologiske kunnskaper vedrørende Eldres helse og funksjon.
2. Samsillet mellom somatisk og psykisk helse.
3. Samsillet mellom aldring, akutt- og kronisk sykdom og hvilke konsekvenser dette gir for sykdomspresentasjon, funksjonsevne, prognose og livskvalitet.
4. Klinisk etikk.
5. Hvilke tilbud som finnes til eldre i helsetjenesten, hvordan de er organisert, både kommunalt og i foretakene og vurdering av riktig nivå.
6. Samhandling med pasient, pårørende, andre leger og annet helsepersonell.
7. Smittevern og tiltak ved epidemier i institusjoner.
8. Kjennskap til relevant helselovgivning.
9. Kjennskap til organisasjonskultur, ledelse og styring

c. Kliniske ferdigheter i forhold til utredning og behandling av følgende tilstander

1. Akutt og kronisk funksjonssvikt.
2. Kognitiv svikt ved demens og delirium
3. Ha kjennskap til ulike undergrupper av demens.
4. Vurdering av samtykkekompetanse
5. APSD (atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens), deriblant søvnproblemer.
6. Depresjon, angst, og psykotiske tilstander hos eldre uten demens.
7. Infeksjoner.
8. Hjerter- og lungesykdom (dyspnoe, ødemer, brystmerter).
9. Smerter i indre organer og muskel-/skjelettsystem (deriblant osteoporose) .

10. Sykdommer som rammer språk, bevegelse, sensibilitet og kraft, som ved hjerneslag og neurodegenerative sykdommer.
11. Ernæringsstatus, utredning ved vekttap og tiltak mot feilernæring.
12. Vannlatningsforstyrrelser og obstipasjon.
13. Hudsykdommer og -symptomer
14. Forebygging og behandling av kroniske sår.
15. Sansesvikt og vurdering av aktuelle tiltak.
16. Klinisk farmakologi og legemiddelhåndtering hos eldre.
17. Prognose og vurdering av behandlings- og omsorgsnivå.
18. Miljøbehandling og fysikalsk medisin.
19. Lindrende behandling ved livets slutt.

d. Roller som må beherskes

1. Deltager og ofte leder i det tverrfaglige team
2. Medisinskfaglig leder deriblant med ansvar for at aktuelle medisinskfaglig prosedyrer finnes og at nødvendig opplæring gis.
3. Foredragsholder/pedagog på ulike nivåer og for ulike målgrupper.

7. Utdannelsen

- a. Fullført spesialistutdanning. For andre spesialiteter enn allmennmedisin, indremedisin, geriatri, nevrologi og fysikalsk medisin og rehabilitering, kreves i tillegg ½ års tjeneste i geriatri eller allmennmedisin, eller 1 års tjeneste som full tids sykehjemslege
- b. Klinisk tjeneste
Tjeneste ved sykehjem eller boform som i praksis fungerer som sykehjem i:
minimum 40 % stilling og
minimum 2 års varighet og
totalt omfang minst 1 årsverk.
Det forutsettes at sykehjemmet oppfyller myndighetskravene for slike institusjoner (lover, forskrifter, regler, veiledere). Videre må det forutsettes at sykehjemslegen får forsvarlige arbeidsvilkår.

Ut over disse minimumskrav mener utvalget at det bør være:

Tverrfaglig team med sykepleier, fysio- og ergoterapeut,

Nødvendige fasiliteter tilgjengelig for sykehjemslegen. Med dette menes:

Kontor med mulighet for å undersøke pasienter, dvs alminnelig utstyr for legekontor, herunder utstyr til chirurgia minor, gu, sanseundersøkelser, orienterende nevrologisk us.

Elektronisk pasientjournal.

Pc med internettilgang

Laboratorieservice med de vanligste undersøkelser foretatt lokalt (EKG, hb, CRP, blodsukker, urinstix)

Tilgjengelig service for mer omfattende laboratorietundersøkelser ved forsendelse av prøver.

- c. Praktiske ferdigheter. Opplæring i praktiske ferdigheter kan foregå som del av den kliniske tjenesten. Det skal utarbeides en sjekklister for prosedyrer som kreves gjennomført før godkjenning (vedlegg 1). 2/3 av de forslått praktiske ferdighetene skal være gjennomgått.
- d. Kursutdanning
Det skal gjennomføres kurs som dekker de viktigste læringsmålene. Kurskravet settes til 80 timer, med utgangspunkt i de temaer som er redegjort for i forslag til kursoppsett i vedlegg 3. Kursene skal være rettet spesifikt mot alders- og sykehjemsmedisin, og det bør tilstrebes at kursholderne er kjent med dette fagområdet fra egen praksis.
- e. Smågruppevirksomhet
Utdanningskandidatene skal delta i grupper bestående av minst 3 sykehjemsleger. Utdanningskravet er deltakelse i møter tilsvarende 60 timer over en 2 års periode. Forslag til temaer, vedlegg 2.
- f. Praksisbesøk
Det skal gjennomføres praksisbesøk hos andre sykehjemsleger, slik at utdanningskandidaten i løpet av en 2 års periode avlegger praksisbesøk av 1 dags varighet minimum 2 ganger, og har praksisbesøk i egen institusjon minimum 2 dager
- g. Litteratur.
Legen må selv skaffe seg kunnskap og holde seg oppdatert i fagets utvikling. Dette forutsetter tilgang på fagbøker og Internett i institusjonen. Lister over anbefalt litteratur vil gis på de obligatoriske kursene.
- h. Utvalget presiserer at selv om kompetanseområdet krever en spesialitet som inngangsverdi, bør utdannelsen kunne tas parallelt med spesialistutdannelsen og ikke nødvendigvis etter at spesialistkompetansen er etablert.

Oversikt over mulig kursutdanning

Det holdes en del kurs med sykehjemsleger som målgruppe. Det er flere fagmiljøer som har etablert kurs i sykehjemsmedisin, bl.a. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Legeforeningen, Bergen kommune etc. Kursene bør samordnes slik at det blir arrangert kurs i hele det anbefalte temaområdet med en hyppighet på minst en gang hvert år. Denne ordningen er ikke kommet i gang, men vi vil tro at

etablering av kompetanseområdet vil bidra til at aktørene samordnes bedre og at kursutdanningen kan bli mer strukturert. Det er relevant å utnytte kompetansen på forskningsbasert undervisning ved de aktuelle universitetsmiljøene i allmenntilleggsmedisin, geriatri og alderspsykiatri. Jfr vedlegg 3 med forslag til fremtidig kursinnhold. Det er skissert 4 kurs à 20 timer.

8. Litteratur og aktuelle nettsteder

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, Helse- og omsorgsdepartementet, 1988

Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester, rapport, Sosial- og helsedepartementet, 1999

Legetjenester i sykehjem: en nasjonal kartlegging, Statens helsetilsyns utredningsserie IK- 2698, 1999

Når du blir gammel – og ingen vil ha deg: Legeforeningens statusrapport om helsetjenester for eldre, 2001

Stortingsmelding nr. 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk

Normering av legetjenester i sykehjem, rapport, IS-1293, SHdir 2005

St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening

Anette H. Ranhoff, Gisle Schmidt, Unni Ånstad (red): Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger. Universitetsforlaget 2007

Glemsk, men ikke glemt. IS 1486, Sosial- og helsedirektoratet 2007

Omsorgsplan 2015. St. prop. nr. 1 2007-2008, Helse- og omsorgsdepartementet

Demensplan 2015 "Den gode dagen". Delplan til omsorgsplan 2015, Helse- og omsorgsdepartementet, 2007

Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. Sosial- og helsedirektoratet 2007

Veileder om legetjenester i sykehjem IS-1436. Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

Kommunenes lokale normering av legetjenesten i sykehjem, rapport, IS-1606, Helsedirektoratet 2008

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020, Norsk psykiatrisk forening, Den norske legeforening 2010

www.lovdatabasen.no

www.helsedirektoratet.no

www.odin.no

www.legeforeningen.no

www.sykehjemsmedisin.no

www.noklus.no/Fordeltakere/Sykehjem/tabid/112/Default.aspx

www.helsebiblioteket.no

www.relis.no

Anbefalinger og bekymringer:

Ut over mandatet har arbeidsgruppen tillatt seg å komme med følgende ytringer:

Vi er bekymret for karriereutviklingen til de leger som bekler fulle stillinger som sykehjemsleger uten å ha noen spesialitet. Disse kollegene er utestengt fra spesialisering og vil ikke kunne oppnå noe formelt kompetanseområde. Så lenge det finnes slike heltidsstillinger og rekrutteringen er slik som i dag, vil denne situasjonen vedvare. Vi anmoder Legeforeningen om å adressere denne bekymringen.

For å bedre rekrutteringen til sykehjemsmedisin, og for å imøtekomme behovet til de som i perioder arbeider som heltids sykehjemsleger tidlig i sin legekarriere, anbefaler vi at heltids tjeneste som sykehjemslege i større grad gjøres til tellende tjeneste innen spesialistutdanningen. I spesialistutdanningen i allmennmedisin teller sykehjemstjeneste i 50-50 % kombinasjon med åpen uselektert praksis fullt ut i 4 år. Vi ville anse det som rimelig at 2 år fulltids tjeneste som sykehjemslege kombinert med 2 års full tids åpen uselektert praksis ble likestilt. Dette ville føre til at 2 år som fulltids sykehjemslege ville kunne telle i spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Innenfor andre relevante spesialiteter kunne 1/2 års tjeneste som full tids sykehjemslege gjøres tellende.

For å sikre at kompetanseområdet blir mulig å realisere for utdanningskandidater som ønsker det, vil det være avgjørende at det arrangeres nødvendige kurs. Kursutdanningen innen sykehjemsmedisin har hittil vært fragmentert og sporadisk, uten noen form for organisering og systematikk. Vi vil anbefale at Legeforeningen pålegger et av sine organer å ta ansvar for å organisere/koordinere kursutdanning i slikt omfang at det i løpet av en to-års periode var mulig å få deltatt på nødvendige kurs for ca 60 leger. Vi er kjent med at det finnes flere aktører som kan og vil arrangere slike kurs. Dermed er det mest koordinasjon som skal til for at dette fungerer tilfredsstillende.

Vi er bekymret for legetilbudet til hjemmeboende skrøpelige eldre som ikke er i stand til å etterspørre medisinske tjenester. Det er skrevet en del om dette i offentlige utredninger. Selv om de mottar kommunale omsorgstjenester svikter ofte legetjenesten. Kompetanseområdet kan legge grunnlag for å

bedre strukturen på kommunal organisering. Vi vil ikke an vise noen konkrete forslag til løsning på problemet, men anmode om at også dette blir adressert.

Vedlegg 1: Praktiske ferdigheter

Aktuelle undersøkelser i sykehjemmet:

- Demensutredning (MMS, KDV, klokketest og spørreskjema til pårørende (IQCODE))
- Vurdering av APSD (NPI-NH, CMAI)
- Vurdering av samtykkekompetanse
- Vurdering av depresjon (Cornell, GDS)
- Vurdering av smerte (ESAS, MOBID-2)
- Vurdering av ADL (Barthel)
- Blodtrykksmåling
- EKG
- Måling av oksygenmetning
- Øyeundersøkelse: Visus, oftalmoskopi, tonometri
- Otoskopi

Aktuelle prosedyrer:

- Øreskylning
- Legge inn venflon/butterfly og administrere intravenøs eller subkutan infusjon (dette gjøres ikke i alle sykehjem)
- Sette medikamenter intravenøst
- Smertelindring ved kontinuerlig subkutan tilførsel av morfin
- Engangskateterisering og innlegging av permanent kateter hos kvinner og hos menn
- Gynekologisk undersøkelse
- Suging av munnhule/svelg/trakea
- Oksygentilførsel
- Suturere enkle sår
- håndtere PEG (PERcutan Gastrostomi)
- Behandling av epistaxis
- Behandling av store sår/ulcus
- Incisjon og drenering av abscess
- Vedtak om tvangsbehandling ved manglende samtykkekompetanse
- Prosedyrer ved tvangsinnleggelse
- Utfylling av dødsattest

Vedlegg 2

Forslag om tema for smågruppevirksomhet

- Mottakssamtale med pasient og evt pårørende – hva er viktig å ta opp?
- Samtaler med pårørende som er misfornøyd

- Samtale med pårørende til terminale pasienter
- Samtale med pasienter om å avstå fra livsforlengende behandling
- Arbeidet frem mot vedtak om tvang i henhold til pasientrettighetslov §4a
- Journalføring – utfordringer i samhandling med andre yrkesgrupper
- Holdningsskapende arbeid i forhold til andre yrkesgrupper
- Forholdet til institusjonens ledelse, deltakelse i formelle sammenhenger, status, posisjon og myndighet
- Samarbeid med fastleger – innhenting av opplysninger, utforming av epikrise
- Hvilke pasienter vil vi sende til sykehus/spesialistutredning, og hvilke gevinster forventer vi
- Hvordan redusere forbruk av legevakt i sykehjemmet
- Håndtering av pasienter som ikke spiser og magres
- Strategier for legemiddelbehandling - psykofarmaka, forebyggende behandling etc
- Seponeringsstrategier
- Palliativ behandling/terminalbehandling
- Håndtering av APSD
- Fysisk aktivitet som behandling
- Hvordan implementere etisk refleksjon i sykehjemmet
- Miljøterapi

Vedlegg 3

